

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1911-1912 N° 30

La Sigmoidite Herniaire

— •• —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Henry BAUFLE

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Gray, le 5 février 1888



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911

La Sigmoidite Herniaire

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEIL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THÉVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, président ; ROCHET, assesseur ;
MM. GAYET et PATEL, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1911-1912 N° 30

La Sigmoidite Herniaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Henry BAUFLE

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Gray, le 5 février 1888



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE PAUL

Interne des Hôpitaux de Paris

Qui fut mon premier maître en médecine.

A MON FRÈRE MAURICE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré d'une reconnaissance respectueuse et aussi grande que l'honneur qu'il nous fait.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Il nous a inspiré l'idée de ce travail. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance ; qu'il daigne accepter ici l'hommage de notre plus profonde gratitude.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, la pathologie chirurgicale du gros intestin s'est enrichie d'une nouvelle entité anotomo-pathologique et clinique. La sigmoïdite avec, comme conséquence, la pérисigmoïdite. Il ne semblera pas surprenant qu'un des auteurs le plus au courant de cette question, se soit demandé s'il n'était pas possible de voir s'enflammer une anse sigmoïde à l'intérieur d'un sac herniaire. Les faits s'étant chargés de donner à cette hypothèse une absolue confirmation, Monsieur le professeur agrégé Patel a pensé qu'il était bon de rechercher si, dans les annales de la chirurgie, on retrouverait des cas analogues à celui qu'il avait opéré et il a bien voulu nous proposer ce travail, la Sigmoïdite herniaire, pour sujet de notre thèse.

Nous avons trouvé, dans la littérature médicale, deux cas analogues qui viennent, eux aussi, démontrer qu'à côté de l'appendicite herniaire, doit prendre place la sigmoïdite herniaire.

Après un court historique de la question, nous envisagerons l'étiologie et la pathogénie des sigmoïdites en général et de la sigmoïdite herniaire en particulier. Dans le chapitre suivant, nous esquisserons la physiologie clinique de cette affection et enfin nous essayerons de tirer des symptômes quelques éléments de diagnostic, si toutefois il y en a, et de voir si ce diagnostic comporte ou non des indications thérapeutiques.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Lorsque « l'antique et solennelle thyphlite » dût céder à l'appendicite la place qui lui était due, un enthousiasme excessif se produisit pour la nouvelle venue qui, suivant l'expression de Lejars régna « comme une sorte de cauchemar sur le monde ». Depuis on a restitué à la typhlite une partie de son importance et ces deux affections typhlite et appendicite furent jusqu'en 1893 les seules qui retenaient l'attention des cliniciens. A cette époque, paraît dans la « *Revue médicale de la Suisse Romande* » un article de Mayor, intitulé « *Sur une variété d'entérite iliaque* » et où il emploie pour la première fois le terme de sigmoïdite, terme qui, depuis, est resté. Cette affection a été, dans la suite, étudiée dans la thèse de Régnier, inspirée par M.

le Professeur Jaboulay, en 1907. Puis en 1904, le Professeur Rosenheim de Berlin en fait une étude complète et détaillée.

Deux ans plus tard, MM. Patel et Pellanda, dans le *Lyon médical* de septembre 1906, décrivent une S iliaque à diverticules nombreux, recueillie sur un cadavre de vieille femme et à propos de laquelle ils font ressortir l'importance pathologique de ces diverticules. En 1907 M. Patel, dans la *Revue de Chirurgie*, fait une étude générale des sigmoïdites et Pêrisigmoïdites et leur assigne dans la pathologie chirurgicale de l'abdomen l'importance qu'elles doivent avoir. Dans *The Lancet* de mars 1908, Maxwell Telling recherche toutes les manifestations cliniques dont peut être rendue responsable l'inflammation de l'S iliaque et en 1910, la sigmoïdite a son droit de cité consacré par l'article que rédige sur elle A. Guinard dans le *Traité de Le Dentu et Delbet (Affections chirurgicales de l'abdomen)*. Dans ce même traité, à l'article « Hernie » par MM. Jaboulay et Patel, on voit pour la première fois employé le terme de « Sigmoïdite herniaire », à propos du mécanisme des hernies de l'S iliaque, mais ici, il s'agit de sigmoïdites herniaires chroniques qui ne sont qu'une partie de notre sujet et les auteurs n'en parlent pas à propos des complications de ces hernies, à côté de l'appendicite herniaire et de l'étranglement. En décembre 1910, M. Patel, dans la thèse de Le Landais, envisage et met au point, le côté spécial de sigmo-pêrisigmoïdites suppurées. Enfin, tout dernièrement,

dans le Livre Jubilaire de M. le Professeur Lépine (*Revue de Méd. oct. 1911*), M. Patel publie l'observation qu'on retrouvera plus loin et montre que la sigmoïdite herniaire existe nette et bien individualisée.

Entre temps, l'appendicite qui avait déjà pas mal perdu de terrain, voit son rôle encore restreint par l'apparition de la diverticulite, dont parlent au *Congrès français de chirurgie en 1897* Picqué et Guillemot et dont Forgue et Riche font plus récemment, une étude approfondie.

Ainsi, en 1911, nous sommes bien fixés : beaucoup de cas pris pour des appendicites, sont des sigmoïdites ou des diverticulites. N'est-il pas naturel alors, de se demander, si des affections prises pour des appendicites survenant dans un sac herniaire, ne sont pas en réalité, des sigmoïdites ou des diverticulites ? Pour ces dernières, la chose est bien démontrée et le terme de « diverticulite » correspond bien à une réalité anatomo-clinique. Quant à la sigmoïdite herniaire, pourquoi ne serait-elle pas possible, elle aussi ?

Lawrence dès 1818, semble avoir répondu à cette question par l'affirmative. Nous trouvons en effet dans son *Traité des hernies* ce passage : Dans le diagnostic de l'étranglement herniaire, « le cas le plus embarrassant est celui dans lequel l'inflammation attaquant ces parties déplacées est entièrement indépendante de la hernie. Ce cas, quoique rare est possible, puisque les intestins renfermés dans une hernie sont exposés aux mêmes causes de maladies

que s'ils étaient dans la situation naturelle. On peut surtout s'y attendre dans les hernies volumineuses ; la tumeur est le siège et non la cause de la maladie. »

C'était aussi l'opinion de Richter. Malgaigne reprit à son compte cette manière de voir, et à l'aide d'observations nombreuses, montra que l'inflammation des hernies et la péritonite herniaire, n'étaient pas de vains mots. Mais il en tira des conclusions thérapeutiques dangereuses, ce qui détermina Gosselin à combattre avec force, la totalité de sa doctrine. Pourtant une observation de Malgaigne est assez démonstrative. D'autre part, en 1902, Stierlin, dans la *Correspondant Blatt für Schweizer Aerzte* apporte une observation qui donne complètement raison à Malgaigne et où l'on voit nettement une sigmoïdite perforante dans un sac herniaire. Enfin une observation, que M. Patel a bien voulu nous communiquer et qu'avec les deux précédentes, on retrouvera plus loin, nous donne la certitude qu'il existe véritablement une « sigmoïdite herniaire, » c'est-à-dire l'inflammation de l'anse sigmoïde dans un sac herniaire, bien distincte de l'engouement et de l'étranglement, distincte aussi de la péritonite herniaire qui en est souvent la conséquence, mais qui peut avoir une autre cause.

Voyons sans plus tarder quelles sont les causes et conditions des sigmoïdites en général et des sigmoïtes herniaires en particulier.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Sans vouloir faire une étude étiologique et pathogénique complète de la sigmoïdite en général, il nous est pourtant indispensable de voir quelles sont les causes et conditions de cette affection, avant d'envisager celles des sigmoïdites herniaires.

En dehors des cas spéciaux dus à la pénétration de corps étrangers dans l'intestin, on rencontre la sigmoïdite, surtout chez l'adulte et le vieillard et elle survient souvent au cours d'une maladie infectieuse chez des sujets habituellement constipés.

La raison de ces faits, nous la trouvons :

1° dans la disposition anatomique de l'S iliaque
— 2° dans son rôle physiologique — 3° dans la
présence à son niveau de diverticules.

L'S iliaque est une portion de l'intestin dont la conformation est très variable, mais dont le caractère le plus constant est de présenter des coudures souvent très accentuées et d'être, toutes les fois que son mésocolon est suffisamment long, assez mobile. Si l'anse sigmoïde est naturellement très coudée, ou si elle le devient, du fait de sa mobilité, la gêne de la circulation du bol fécal, se fera sentir et la coprostase favorisera l'infection. Normalement d'ailleurs, cette stase des matières fécales est assez grande. En effet, qu'est-ce, au point de vue physiologique, que l'S iliaque, sinon un « régulateur de la défécation » (Mayor), un réservoir, chargé de retenir les fèces et de les évacuer petit à petit vers le rectum, après les avoir reçus, pour ainsi dire, en bloc du cœcum et du colon. Donc, en cet endroit du tube digestif, il y a toujours une coprostase plus ou moins accentuée. Cette coprostase, en outre, a lieu dans un organe dont la constitution toute particulière, favorise au maximum l'infection : l'anse sigmoïde présente une foule de petits diverticules, *hernies tuniquaires*, de Cruveilhier, qui sont, dit M. Patel « au point de vue pathogénique, autant d'appendices petits et nombreux ». Ces diverticules qui augmentent avec l'âge sont très nombreux chez le vieillard (plus de 400 sur une pièce de Han-

semann, innombrables sur une pièce de MM. Patel et Pellanda.)

De son côté, Guinard déclare : « Il y a identité absolue de l'appendicite et de la sigmoïdite au point de vue pathogénique. »

Le contenu intestinal est loin d'être aseptique ; le séjour prolongé des agents microbiens, au contact de la muqueuse intestinale, traumatisée par les masses stercorales stagnantes, moins résistante par le fait, pourra produire l'infection de cette muqueuse. La « cavité close », de l'appendicite, sera le fait ici, d'une boulette stercorale, ou de la stase veineuse propre aux constipés : ou bien une érosion de la muqueuse sera la porte d'entrée de l'infection ; ou bien encore « l'exosmose microbienne » grâce à la lymphangite transpariétale, comme dans l'appendicite, donnera accès aux agents microbiens dans la séreuse péritonéale. La muqueuse peut se nécroser et une perforation donnera lieu à une péritonite généralisée ou localisée (périsigmoïdite suppurée ou non.)

Cette infection sera d'autant plus favorisée que la barrière muqueuse sera moins résistante, comme ce sera le cas au cours d'une maladie infectieuse (pneumonie, fièvre typhoïde, grippe,..) ou que les microbes auront en plus de loisir à se développer, comme ce sera le cas chez les constipés, les vieillards constipés surtout, dont l'intestin est en plus ou moins bon état.

Quant aux agents microbiens, responsables de

cette infection, nul doute que des recherches à venir, ne démontrent qu'il s'agit principalement du *colibacille*, qui, du côté droit causant l'appendicite, peut très bien, à gauche, causer la sigmoïdite.

L'étiologie et la pathogénie de la sigmoïdite, étant connue, nous n'avons plus qu'à appliquer ce que nous venons de dire, à l'inflammation de l'S iliaque dans un sac herniaire, en y ajoutant quelques caractères dus à la hernie elle-même.

Nous avons parlé de coudures, de mobilité. Mais ne faut-il pas qu'ici, elles soient au maximum pour que l'anse sigmoïde puisse descendre dans l'anneau inguinal? Nous avons dit que les vieillards, qui ont plus de diverticules que les autres, sont plus exposés aussi à la sigmoïdite. Or, avec l'affaiblissement de leur musculature, ils sont prédisposés aux hernies volumineuses, descendant très bas dans le scrotum, par conséquent très coudées.

La constipation? Elle va sans cesse croissant, chez ces vieux qui, leur vie durant, n'ont fait qu'user de purgatifs pour régulariser leurs selles ou qui, pour expulser leurs matières étaient obligés de presser sur leur hernie.

Bien plus, la constipation accroîtra la hernie par le poids des masses stercorales, tirant sur l'anse sigmoïde, en produisant ce que Tractour appelle « la dilatation lente et passive » de l'S iliaque et en retour, les coudures et les défor-

mations s'accroissant de plus en plus, la constipation augmentera. En outre, la cavité close ne sera-t-elle pas encore plus complète, puisque ces diverticules, ces hernies tuniquaires, véritables petites hernies dans une grosse hernie, pourront s'obturer bien plus facilement que si l'intestin était rectiligne. Enfin, les maladies infectieuses elles-mêmes auront une part aussi à la production de la sigmoïdite herniaire. Nous savons déjà qu'elles favorisent la sigmoïdite. Par l'amaigrissement rapide qu'elles produisent, la flaccidité musculaire et l'agrandissement orificiel qui en sont la suite, elles ont des chances d'augmenter la hernie et conséquemment, comme nous l'avons vu plus haut, d'accroître la constipation.

De toutes ces considérations, il ressort qu'au point de vue pathogénique, il importe de faire de la sigmoïdite herniaire, une entité morbide bien individualisée. On ne la confondra donc pas avec l'étranglement, l'engouement, l'appendicite, la diverticulite herniaire ou la péritonite herniaire.

Dans l'étranglement, il y a, à la suite d'un effort, irréductibilité brusque parce que la masse herniaire est trop volumineuse pour rentrer d'un coup dans l'anneau inguinal, alors que dans la sigmoïdite herniaire, cette irréductibilité survenue sans cause apparente, est due à la douleur, à l'inflammation ou à des adhérences que cette inflammation a produites. Qu'à la suite d'une sigmoïdite herniaire, se constitue un étranglement, par distension gazeuse ou inflammation des parties herniées, rétrécissant

L'orifice inguinal ou la lumière intestinale, cela ne semble guère niable. Mais, en pareil cas, c'est l'inflammation qui est primitive et non la striction du collet, comme dans l'étranglement.

Quant à la péritonite herniaire de Malgaigne, c'est un étranglement peu serré. La péritonite herniaire vraie et la sigmoïdite herniaire sont bien distinctes l'une de l'autre. La première, à part, b'en entendu, la péritonite tuberculeuse herniaire, n'est pas une affection spéciale, mais le résultat d'autres affections : c'est la propagation du processus inflammatoire intéressant un viscère quelconque contenu dans une hernie, au péritoine qui l'entoure, que ce viscère soit l'appendice, l'intestin grêle, l'anse sigmoïde, le diverticule de Meckel ou le salpinx.

En somme, en dehors des affections chirurgicales bien connues, étranglement, appendicite, diverticulite herniaire, il existe un processus pathologique du gros intestin, qui est la sigmoïdite herniaire et dont l'étiologie et la pathogénie se résument en quelques mots. Cette affection survient chez des vieillards hernieux, habituellement constipés ; elle est isolée, on vient compliquer une maladie infectieuse.

Maintenant que nous connaissons le comment et le pourquoi de la sigmoïdite herniaire, nous allons essayer d'en esquisser la physionomie clinique.

CHAPITRE IV

Essai d'étude clinique de la sigmoïdite herniaire

De même que les sigmoïdites proprement dites, les sigmoïdites herniaires peuvent être :

- a)* Aigües avec ou sans perforation ;
- b)* Aigües avec suppuration ;
- c)* Chroniques.

Envisageons successivement ces formes cliniques. Suivant la division de Morel pour la diverticulite herniaire, nous décrirons le premier groupe sous la dénomination de « Forme étranglement herniaire », et le second sous celle de « Forme phlegmon herniaire ».

Quant aux sigmoïdites herniaires chroniques, elles ont déjà leur place dans la pathologie chirurgicale

puisque nous les trouvons citées dans le traité de Le Dentu et Delbet par MM. Jaboulay et Patel.

I. FORME ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — Il s'agit d'une hernie inguinale gauche (une seule observation de Brunner parle d'une hernie crurale de l'S iliaque), volumineuse, rentrant habituellement avec facilité, mais pour ressortir non moins facilement par un anneau assez large (dans l'obs. III, Malgaigne dit qu'en plus de l'anse herniée, l'anneau admettait trois doigts réunis).

Un jour, cette hernie, sans cause apparente, devient le siège d'une douleur spontanée. Il y a peu de signes fonctionnels : pas ou peu de vomissements ; en tous cas, les vomissements, s'il y en a, sont bilieux et rarement fécaloïdes ; du moins, par analogie avec l'appendicite et la diverticulite herniaires, il est logique de le penser, et les trois observations plus loin rapportées, sont à l'appui de cette manière de voir. Il y a peu de météorisme ou même pas du tout.

A l'examen, la peau présente les quatre signes d'inflammation : *Rubor, Tumor, Calor, Dolor*. La douleur s'accroît à la pression, la tuméfaction n'est pas très tendue, elle est plutôt empâtée. A la percussion, elle rend un son tympanique, l'intestin parésié, se laissant distendre par les gaz, elle n'est pas complètement irréductible, mais elle est trop douloureuse pour qu'on puisse effectuer un taxis suffisant. Il est probable que la toux ou l'effort doivent donner une impulsion, mais nous ne

saurions l'affirmer, nos observations ne nous renseignant pas suffisamment sur ce point.

Il faut savoir aussi que le tableau clinique peut changer et qu'à l'inflammation peut succéder peu à peu l'étranglement au vrai sens du mot : la hernie se tuméfiant, entourée de tissus enflammés pourra très bien subir une striction qui amènera un véritable étranglement. Mais celui-ci sera progressif et non pas, comme de coutume, brusque et occasionné par un effort.

II. FORME PHLEGMON HERNIAIRE.— Il y a à peu près les mêmes symptômes fonctionnels que dans la forme précédente. La température est plus élevée et le malade a davantage le faciès d'un infecté. A l'examen de la hernie, la peau est très rouge, chaude, douloureuse ; à la percussion elle rend un son mat, à cause du pus contenu dans le sac. Sa consistance est pâteuse et même fluctuante. Si l'infection a eu le temps de se propager au péritoine, on aura les signes habituels : faciès péritonéal, pouls filant, anxiété, respiration rapide superficielle, vomissements, météorisme, etc..

En présence de la gravité de l'état du sujet, on décide une intervention et l'on tombe sur une poche pleine d'un pus fétide, gazeux, d'odeur fécaloïde. Au milieu de ce pus baigne une partie de l'S iliaque, ; on cherche la cause de la suppuration et l'on trouve une perforation dans un de ces diverticules si nombreux en cette partie de l'intestin.

L'évolution de ces deux formes, si l'affection

est abandonnée à elle-même, n'est pas fatale, comme celle de l'étranglement.

III FORME CHRONIQUE. — Elle donne peu de signes ; à l'examen physique, on a la sensation d'une masse irrégulière, pâteuse, bosselée ; les signes fonctionnels sont : douleur sourde, coliques, pesanteurs, tiraillements, constipation prolongée, suivie de débâcles diarrhéiques, indices d'un processus inflammatoire dans l'anse sigmoïde.

CHAPITRE V

Diagnostic, Pronostic et Traitement des Sigmoidites herniaires.

Le diagnostic de pareille affection est difficile, pour ne pas dire impossible, en égard au peu de différence entre les signes d'une sigmoidite herniaire et ceux d'un étranglement. Comme celui-ci peut être quelquefois la conséquence de celle-là, la difficulté sera encore accrue et le diagnostic rendu impossible. On se rappellera toutefois que l'étranglement se voit dans les hernies petites, serrées, habituellement réduites, qu'il survient à l'occasion d'un effort, s'accompagne de météorisme et de vomissements fécaloïdes, qu'il évolue exceptionnellement vers la suppuration, le malade si l'on intervient pas à temps, succombant avant la formation de pus. Tous ces signes n'existent pas ou

existent à un degré moindre dans la sigmoïdite. L'évolution confirmera ou infirmera le diagnostic : si le malade continue à vivre pendant plus de huit jours, il s'agissait d'une sigmoïdite qui dans la suite, peut rétrocéder ou au contraire emmener le malade. S'il meurt au bout de deux ou trois jours, le doute subsistera.

Le diagnostic avec l'appendicite herniaire se fera par la soudaineté de celle-ci qui débute comme un coup de poignard, dans la région inguinale droite, dans la grande majorité des cas. On peut percevoir la forme de l'appendice par la palpation de la tumeur herniaire, ce qui est un élément de quasi-certitude.

La diverticulite herniaire, qui présente à peu près les mêmes signes que l'appendicite, se distingue de la même façon, de la sigmoïdite herniaire. Ajoutons que si on peut la rencontrer quelquefois à gauche, elle est beaucoup plus fréquente à droite et siège souvent à l'anneau crural.

Ce diagnostic, d'ailleurs, n'a qu'une importance secondaire. En effet, qu'il s'agisse de sigmoïdite, d'appendicite, de diverticulite ou d'étranglement herniaire, il faut agir vite. S'il y a du pus, la question ne se pose pas : il faut, pour donner issue à ce pus, opérer sans retard. S'il n'y a pas de pus et que le diagnostic soit hésitant, peut-être peut-on tenter un taxis prudent et se tenir prêt, en cas de tentative infructueuse, à intervenir immédiatement. Et encore, les conclusions de Stierlin, ne sont-elles pas pour nous faire renoncer au taxis ? Voici ce

qu'il dit à la suite de son observation : « On peut se demander si la perforation n'est pas la suite de ces diverses tentatives de taxis : je tiens cela pour vraisemblable, sans avoir le moyen de contrôler. L'inflammation existait déjà quand l'incarcération s'ensuivit et déjà le malade avait l'abdomen douloureux. La perforation survint plus tard, sous l'influence de tentatives de réduction faites sous anesthésie ; le pus se forma très rapidement dans la cavité séreuse. » Il est vrai, par contre, que Malgaigne, peu interventionniste, nous donne l'observation d'un malade par lui guéri au moyen de simples cataplasmes et de repos, traitement anti-phlogistique très en honneur en son temps. Mais si le malade avait succombé à un étranglement, quels reproches mérités, n'eut-il pas reçus de Gosselin qui ne pouvait admettre l'expectative en pareille matière ?

Nous croyons donc qu'un taxis léger n'a pas trop d'inconvénients s'il n'y a pas de pus. Il aurait même, suivant Malgaigne, le rôle d'empêcher la production d'adhérences qui rendraient la hernie irréductible. Si à ce taxis, l'incarcération ne cède pas ou si après un taxis suivi de succès, les symptômes ne s'amendent pas (dans ce cas le taxis aurait eu pour résultat de faire rentrer dans l'abdomen un organe prêt à suppurer), alors on interviendra. Mieux vaut une chélotomie inutile mais non dangereuse si elle est faite suivant les règles, qu'une abstention, qui pour éviter une opération au malade, pourrait lui coûter la vie.

OBSERVATION I

(*Revue de Médecine*, Octobre 1911)

Le malade est un vieillard de 75 ans. Au deuxième jour d'une pneumonie, il voit une hernie inguinale gauche volumineuse qu'il portait depuis longtemps, augmenter de dimensions et devenir douloureuse. Quatre jours après le début des accidents, l'abdomen se météorisa, des vomissements apparurent, l'état général déjà très précaire, s'affaiblit encore. La hernie inguinale gauche avait le volume de deux gros poings. Elle était irréductible ; à son niveau la peau du scrotum était rouge, œdématisée. Sonorité à la partie supérieure. L'abdomen est volumineux, sonore sur toute son étendue ; tension très marquée de la paroi, avec contractions intermittentes d'anses intestinales. Le diagnostic d'étranglement herniaire est posé. On décide une intervention, malgré la faiblesse de l'état général.

Opération le 2 mai 1911. Après l'incision, sous anesthésie, des couches superficielles œdématisées, on arrive sur une paroi de sac très épaissie ; son contour est nettement fluctuant ; une ponction au bistouri, donne issue à un grand verre de pus, mal lié, fétide. L'ouverture est agrandie. A l'exploration de la cavité sacculaire, on voit que la partie

inférieure est libre. A la partie supérieure, placée, contre l'orifice herniaire qui se trouve ainsi exactement fermé, on rencontre une anse de gros intestin, facilement reconnaissable à ses bosselures, ses bandes longitudinales, ses appendices épiploïques. La hernie ne contient ni épiploon, ni aucune autre anse intestinale. La portion visible du gros intestin est recouverte de fausses membranes purulentes, qui se laissent facilement séparer d'elle ; en un point cependant, elles sont particulièrement adhérentes et englobent à ce niveau, un appendice épiploïque qui est volumineux, congestionné et désinséré à sa base par un processus nettement inflammatoire. Cette anse intestinale est libérée aisément et on reconnaît alors qu'il s'agit de l'S iliaque qui était ainsi coudée et étranglée au niveau de l'anneau herniaire. Ablation du sac, drainage après fermeture partielle. Les symptômes ont paru s'amender le lendemain : l'état général est allé en déclinant sans qu'il se produise de réaction péritonéale. Mort le 5 mai 1911.

OBSERVATION II

STIERLIN, *Correspondant Blatt für Schweizer Aerzte*
1902, p. 749.

Un homme de 71 ans, d'apparence robuste et corpulent, fut amené d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic : « Hernie inguinale gauche étranglée. » Le patient avait depuis longtemps une hernie que jusque là il avait toujours pu contenir par un bandage. Dans la nuit du 2 au 3 août à 1 h. 1/2, la

hernie sortit et causa de violentes douleurs. Le patient essaya de la réduire. Le matin, il fit appeler le médecin. Celui-ci fit d'abord sans, puis avec anesthésie, des tentatives infructueuses de taxis et dirigea son malade sur l'hôpital pour une chélotomie. Stierlin vit le malade 14 heures après la sortie de la hernie — le patient faisait l'impression d'un homme souffrant beaucoup, était agité, mais les signes typiques d'un étranglement herniaire manquaient. Il n'y avait ni météorisme, ni vomissements.

L'hémiscrotum gauche était gros comme une tête de fœtus, donnait un son tympanique et était particulièrement sensible à la pression. Le malade protestait violemment contre le moindre attouchement de la région. La tumeur herniaire n'était pas très tendue ; elle donnait plutôt une sensation de fluctuation molle et indistincte. Une légère tentative de réduction produisit des gargouillements, mais n'atteignit pas le but. Température normale. Pouls bon.

Aussitôt opération ; anesthésie au brométhyle et éther — Les téguments de la masse herniaire, sont œdématiés — A l'incision du sac, s'écoule un pus liquide, d'odeur légèrement fécaloïde ; comme contenu de la hernie, l'anse sigmoïde très grasseuse, rouge foncé, tapissée par endroits de flocons fibrineux purulents. L'incarcération peu prononcée de cette anse fut supprimée par l'incision de l'anneau inguinal externe ; elle se laissait ainsi, facilement attirer au dehors.

On aperçoit aussitôt, la cause de la péritonite dans le sac : en un endroit, la paroi intestinale était convertie en un disque de consistance presque cartilagineuse, de la dimension d'une pièce de cinq francs ; au milieu de ce disque infiltré, il y

avait une petite perforation, de laquelle par pression on faisait sortir de petits flocons muqueux. Stierlin considère cette tumeur comme un carcinome, en raison de sa limitation et de l'âge du sujet et il ajoute : « Que devait-il arriver dans la suite ? Il y avait deux possibilités — ou bien je devais arrêter l'opération ici, en m'efforçant par l'isolement de la brèche herniaire d'éviter une propagation de la péritonite au reste de l'abdomen et j'attendais les événements — ou bien j'essayais, dans le sac, une résection de la partie malade de l'intestin, ce qui n'était pas sans difficulté, l'anse baignant dans du pus — Un moyen terme, l'enfouissement de la perforation, n'était pas possible, parce que la partie infiltrée ne se laissait pas plisser facilement. » Stierlin fit une résection : après avoir fermé les deux bouts en cul-de-sac, il fit une anastomose latérale — ce qui n'était pas très facile, le bout inférieur de l'anse, ne se laissant pas attirer en entier au dehors. La purulence empêchait de remettre en place l'intestin — Après une abondante irrigation de sérum, on laissa le tout *in situ* — le paquet d'anses intestinales fut enveloppé et le collet du sac tamponné avec de la gaze iodoformée — La suite immédiate fut, contre toute attente, favorable. Pas d'élévation de température, pouls entre 80 et 96, peu de douleurs. A partir du quatrième jour, selles abondantes tantôt avec, tantôt sans lavement. Le pansement est enlevé tous les deux jours — Pas de sécrétions, pas de mauvaise odeur — Diminution visible du paquet d'anses intestinales. En présence de cette bonne évolution, au dixième jour après l'opération, Stierlin se dispose à ouvrir largement la cavité abdominale, à y faire ren-

trer l'anse sigmoïde et reséquer le reste du sac herniaire. Mais lorsque le bandage fut enlevé sur la table d'opération, il découvrit une petite fistule stercorale, causée par une nécrose bien localisée de la paroi intestinale. Il sutura alors la fistule. La suture ne tint pas, mais l'état général resta bon jusqu'au 18 août par conséquent, quinze jours après l'opération. Après un pansement, le malade tomba brusquement dans le collapsus et mourut ; la cause du décès semble être, pour Stierlin qu'avait d'abord pensé à une embolie, une dégénérescence avancée du myocarde.

A l'examen des pièces, au lieu d'un carcinome on trouva, la perforation d'un fin et long diverticule. La tumeur était une infiltration de la puissante couche sous-séreuse.

OBSERVATION III

MALGAIGNE. — *Mémoire sur les étranglements herniaires ; des pseudo-étranglements ou de l'inflammation simple dans les hernies — Archives générales de médecine — 11 septembre 1841).*

Le malade est âgé de 74 ans ; il est porteur d'une hernie inguinale gauche, habituellement bien réduite. Un jour, pendant qu'il était couché cette hernie se tuméfia, devint douloureuse avec des irradiations vers l'ombilic ; une demi-heure après, deux vomissements bilieux, auxquels succédèrent, 3 heures après trois autres vomissements. Cinq heures après le début, tout rentra dans l'ordre et le malade resta simplement, comme il

le dit lui-même, « l'estomac abîmé » ; il reprit son état absolument normal, deux jours après.

A l'examen, l'anneau inguinal est large, le canal presque effacé. A ce moment, le malade revenant sur son assertion primitive, dit que sa hernie, sort et rentre facilement, qu'elle est habituellement mal réduite.

Au bout de plusieurs mois, passés en bonne santé, mais avec une hernie mal réduite, le malade revient à l'hôpital pour une affection interne, non précisée. Le 11 mai, à 11 heures du matin, après avoir mangé un morceau de boudin, il est pris de vomissements et sa hernie augmente de volume ; pas de douleur — on lui applique des cataplasmes ; il reste agité, sans sommeil et alors seulement, les douleurs apparaissent. Le 12, au matin, il est très affaîsé. La peau du scrotum est dilatée à gauche ; la tumeur herniaire est du volume d'une tête de fœtus. Les téguments sont lisses, luisants, chauds, rougeâtres. La tumeur est très douloureuse à la pression ; sonore à la percussion partout sauf au voisinage de l'anneau où elle rend un son mat et offre une consistance pâteuse. Le ventre est souple, indolent à la pression, sauf dans un espace de 3 à 4 travers de doigt à partir de l'anneau inguinal, là où il y avait de la matité. Pouls à 80 assez plein, quelques rares intermittences. Quelques essais de taxis modéré, restent infructueux et on applique des cataplasmes.

Après quatre jours de mieux et de mal, le malade s'améliore ; pas de vomissements. La tumeur, dit Malgaigne, « décroît à vue d'œil. » L'état général est bon et le malade peut s'alimenter avec du bouillon. Au bout de neuf jours

l'état général (ce que Malgaigne met sur le compte de l'affection interne) devient un peu moins bon ; mais pas de signes du côté du ventre ou de la hernie. Malgaigne réduit alors celle-ci. Quelques mouvements de taxis ayant encore paru légèrement douloureux, il se contente de relever la tumeur et de la comprimer doucement avec la main droite ; quelques minutes de pression, et les intestins rentrent avec des gargouillements, hormis pourtant une petite masse du volume d'une noix, pâteuse, indolente, mate à la percussion et qui s'arrête devant l'anneau. Le malade a une selle. Le lendemain, il a une faible et passagère élévation de température. La fièvre tombe sous le secours de quinine.

Il s'éteint doucement quelques jours après, à 74 ans, sans agonie, avec une faiblesse croissante.

A l'autopsie : hernie inguinale gauche, sortie, du volume d'un œuf de poule. Après avoir enlevé la peau, on sépare successivement quatre enveloppes celluluses qui s'entrelaçaient près de l'anneau, de telle sorte qu'il fut impossible d'en déterminer l'origine : toutes étaient plus épaisses en arrière qu'en avant. Le sac ouvert, Malgaigne fit constater aux assistants, qu'en laissant la hernie dans le scrotum, l'anneau inguinal permettait encore très facilement le passage de trois doigts réunis. La hernie était constituée par l'S iliaque dont les franges graisseuses avaient contracté avec le fond du sac, des adhérences nombreuses et fort solides. De ces adhérences, il résultait de nombreuses brides, allant du sac à l'intestin et circonscrivant des ouvertures où d'autres anses intestinales auraient pu s'étrangler. Le sac était épaissi et tout entouré de saillies inégales et blanchâtres. Il ne contenait, pas d'épiploon et n'existait qu'en avant ; l'intestin était vérita-

blement hors de lui. Lorsqu'on réduisait l'intestin, le sac remontait avec lui et c'est le fond du sac épaissi et embarrassé par des adhérences des franges graisseuses qui faisait à l'entrée de l'anneau, cette masse pâteuse prise pour de l'épiploon,

Du reste, le sac séreux et l'intestin avaient l'aspect normal. Les seuls témoignages restant de l'inflammation étaient ces adhérences « peut-être même plus anciennes et une foule de petits points noirâtres, gros comme des têtes d'épingles, soulevant la séreuse du sac et de l'intestin et représentant très bien, sauf la couleur, les granulations tuberculeuses du péritoine. » L'S iliaque en dehors du sac, était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entraîné dans le scrotum. Le péritoine abdominal et tous les viscères étaient sains. Il fut impossible de trouver une cause matérielle de mort.

Malgaigne ajoute que non seulement les couches superficielles, mais aussi les couches profondes c'est-à-dire, les tuniques muqueuses et musculuses ont eu part à l'inflammation ; mais, pour lui, elles sont secondaires à l'inflammation herniaire et si, anatomo-pathologiquement, on n'a pas trouvé de traces d'inflammation c'est parce que elle était trop légère pour en laisser de visibles.

Avant tout, pour lui, il y a eu péritonite herniaire avec inflammation adhésive consécutive. Il estime qu'en pareil cas, il faut, si les signes d'étranglement ne sont pas nets, après un taxis prudent, traiter l'inflammation et attendre qu'elle soit éteinte pour recommencer un taxis qui le plus souvent réussira — Et il ajoute, ce qui prouve bien qu'il a eu sous les yeux, ce que nous avons essayé d'isoler sous le nom de « sigmoïdite herniaire » : « Si l'inflammation est trop intense,

il faut ouvrir cette sorte d'abcès enkysté et laisser faire la nature » qui par les adhérences bienfaisantes assurera la guérison du malade. « La même conduite est exigée dans les abcès de ce genre, compliqués de fissure de l'intestin. »

CONCLUSIONS

I. — L'existence de la péritonite herniaire est aujourd'hui un fait incontesté ; elle est due dans la majorité des cas de hernie du cæcum à une appendicite ou à une inflammation du diverticule de Meckel. Dans les cas de hernie inguinale gauche, elle est plus souvent le fait d'une sigmoïdite qui se passe dans l'intérieur d'un sac herniaire.

II. — La pathogénie de la sigmoïdite herniaire est la même que celle des sigmoïdites en général ; les prédispositions de l'S iliaque à s'enflammer sont encore accrues du fait de la hernie, qui augmente la coprostase au niveau des diverticules si nombreux en ce point du tube digestif.

III. — Cliniquement, on note des symptômes voisins de ceux de l'étranglement avec pourtant plutôt des signes d'inflammation que d'incarcération,

Il existe une forme subaigüe de la sigmoïdite herniaire qui peut présenter des poussées inflammatoires sujettes à retour.

IV. — Le diagnostic est difficile. Pratiquement, il

faut conclure à l'étranglement et traiter le cas comme tel.

V. — L'intervention consiste dans l'incision de la collection suppurée dès qu'elle existe et dans la réduction facultative de la hernie, suivant l'état de l'anse sigmoïde.

Vu :

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 novembre 1911,
Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BOUDAILLEZ. — Thèse de Paris, 1909-1910.

BROCA. — *Des étranglements dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent les simuler*. Thèse d'agrégation, Paris 1853.

CRUVELHIER. — Anatomie pathologique.

FORGUE. — Précis de pathologie externe.

FORGUE ET RICHE. — Le diverticule de Meckel.

FRANCK. — *Symptomatologie et thérapeutique des diverticules acquis du gros intestin*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1909, n° 3.

GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.

GUINARD. — *In Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*. Affections chirurgicales de l'abdomen.

HUNTER. — *Journ. Anat. and Phys.*, Londres, 1891-1892.

JABOULAY. — *In* Thèse de Régnier (Lyon, 1897-98).

JABOULAY ET PATEL. — *In Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Hernies.*

KLEBS. — Anatomie pathologique, 1869.

LAWRENCE. — Traité des hernies, 1818.

LEJARS. — Les sigmo-périsigmoïdites à forme d'occlusion. (*Semaine médicale* — décembre 1907.)

LE LANDAIS. — Thèse de Lyon 1910.

MALGAIGNE. — Archives générales de médecine 3^e série. T. XII p. 193 et 289.

MAXWELL TELLING. — Diverticules acquis de l'Siliaque (*The Lancett mai 1908*).

MOREL. — La diverticulite herniaire (*Presse médicale 1907, 7 septembre. p. 570.*)

PATEL. — Sigmoïdites et Périsigmoïdites (*Revue de chirurgie, 10 octobre 1907. p. 420.*)

— Trois cas de sigmoïdites. (*Lyon médical, 3 octobre 1901. p. 525.*)

— Sigmoïdites perforantes (diverticulites sigmoïdiennes perforantes) avec péritonite généralisée. (*Lyon chirurgical 1^{er} août 1911.*)

— Sigmoïdite perforante herniaire (*Revue de médecine, octobre 1911.*)

PATEL ET PELLANDA. — Sur une pièce d'S illiaque à diverticules multiples. (*Revue de Chirurgie 10 octobre 1907.*)

ROSENHEIM. — Ueber sigmoïditis. (*Zeitschrift für klinische medizin Bd. 54 p. 475, 1901.*)

RICHTER. — Traité des hernies.

STIERLIN. — Signification clinique des diverticules acquis de l'intestin. (*Correspondant Blatt für Schweizer Aerzte* 1902. p. 749).

TAVERNIER. — Sigmoidite (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 7 juin 1911).

VUILLET. — Du rôle des appendices épiploïques dans l'inflammation des hernies. (*Semaine médicale*, 3 juillet p. 317).
